

Propozycja standaryzacji orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji

Proposal for standardization of medical certification in the cases of not self-reliant persons

JACEK KONRAD SKRZYŃSKI

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu

Streszczenie

Autor przedstawia nowy indeks dla potrzeb orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji jako przykład standaryzacji ekspertyz lekarskich.

Słowa kluczowe: *orzecznictwo medyczne, standaryzacja, skala orzecznicza, klinimetria, niezdolność do samodzielnej egzystencji*

Summary

On the base of medical certification in cases of not self-reliant persons author presents new certification index as example of medical expertise standardization.

Key words: *medical certification, standardization, certification index, clinimetry, not self-reliant person*

© Orzecznictwo Lekarskie 2008, 5(1): 18-22

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 05.05.2008

Zakwalifikowano do druku: 29.05.2008

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Jacek Skrzyński

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

ul. Płocka 167, 87-800 Włocławek

Celem pracy jest próba opracowania standaryzowanego sposobu oceny stopnia naruszenia sprawności ubezpieczonego uzasadniającego orzekanie niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z FUS.

Istota niezdolności do samodzielnej egzystencji

Lekarz orzecznik, rozpatrując wnioski o orzekanie niezdolności do samodzielnej egzystencji, musi mieć określone w sposób bezsporny kryteria, jakimi należy się kierować, oceniając czy osoba jest zdolna, czy też nie jest zdolna do samodzielnej egzystencji.

Kryteria te jednak nie są bezsporne.

Art.13 ust.5 ustawy o emeryturach i rentach z FUS [1] stanowi, że niezdolność do samodzielnej egzystencji występuje u osób, u których stwierdzono naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Tymczasem ustawa nie określa pojęć: „pomocy”, „opieki”, „podstawowych potrzeb życiowych” ani cze-

go dotyczy „długotrwałość” opieki i pomocy. Opieka stała, to – jak można mniemać – opieka całodobowa, sprawowana systematycznie i dożywotnio. Czy pojęcie opieki długotrwałej odnosi się wyłącznie do upływu czasu czy też do proporcji w jednostce czasu (dnia, tygodnia), a może do obu cech równocześnie? Należy również zwrócić uwagę na nierozłączność „pomocy” i „opieki” [2], które to terminy są rozróżnione, chociaż nie zdefiniowane.

Przykładem, jak można precyzyjnie ująć określenie osób uprawnionych do świadczeń opiekuńczych są zapisy XI Kodeksu Socjalnego w Niemczech [3], które stanowią m.in., że: „wymagające opieki są osoby, które z powodu choroby fizycznej, psychicznej lub umysłowej bądź upośledzenia na stałe, przewidywalnie przez przynajmniej 6 miesięcy w znacznym lub wyższym stopniu potrzebują pomocy przy zwykłych i regularnie powtarzających się czynnościach w przebiegu życia codziennego”, „kryterium oceny potrzeby opieki są wyłącznie umiejętności wykonania tych czynności a nie rodzaj i stopień ciężkości występujących schorzeń (jak np. rak lub AIDS) lub uszczerbków (jak np. głuchota, ślepotą, „paraliż”),

„potrzeba pomocy występuje także wówczas, gdy czynności są wprawdzie motorycznie wykonywane, jednak nie może być rozpoznana ich konieczność lub jeśli nie mogą być przełożone na sensowne działanie”. Kodeks Socjalny wymienia też enumeratywnie czynności, które zaliczone są do czynności w przebiegu życia codziennego.

W praktyce w orzecznictwie polskim uznaje się, że: „niezdolność do samodzielnej egzystencji to niezdolność do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich, jak: samoobsługa, samodzielne poruszanie się, komunikowanie z otoczeniem, powodująca całkowitą zależność od innej osoby lub konieczność zapewnienia specjalistycznej opieki instytucjonalnej” [4].

Istnieje zatem pilna potrzeba wywołania takich aktów prawnych, które w sposób jasny i przejrzysty ustanowią kryteria orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Do czego potrzebna jest standaryzacja

Ocena niezdolności do samodzielnej egzystencji jest trudna nie tylko z powodu niskiej precyzji stanowionego prawa, ale również z przyczyn czysto medycznych. Są przypadki, gdy bez chwili wahania można ocenić i uzasadnić potrzebę stałej lub długotrwałej pomocy i opieki, są przypadki, gdy słusznie oceniamy niezdolność do samodzielnej egzystencji, lecz uzasadnienie tego nastrocza duże trudności z uwagi na złożoność upośledzeń funkcji i są też przypadki, które rodzą duże wątpliwości orzecznicze. Te najtrudniejsze przypadki dotyczą w szczególności pacjentów z koincydencją wielu schorzeń, z których żadne nie powoduje samo przez się niezdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, lecz ich konstelacja powoduje faktyczną bezradność. Przykład najprostszy:

- Niewydolność serca III klasy NYHA nie czyni niezdolności do samodzielnej egzystencji – A
- Amputacja (nawet niezaprotezowana) jednej kończyny dolnej nie czyni niezdolności do samodzielnej egzystencji – B

A i B = zazwyczaj niezdolność do samodzielnej egzystencji

Bardzo skomplikowane przypadki orzecznicze, wymagające głębokiej analizy i szczegółowego, żmudnego uzasadnienia, nie należą wcale do rzadkości.

Nie należą do rzadkości też postępowania odwoławcze. Dowolność stosowanych ocen może powodować i powoduje rozbieżności orzecznicze[5]. Sytuacje takie rodzą brak zaufania do lekarzy orzekających czy opiniujących a przez to i do

instytucji zabezpieczenia i ubezpieczenia społecznego.

Relatywnie niska kwota świadczenia i trudna sytuacja materialna ubezpieczonych powodują niekiedy nieformalną liberalizację uznawanych kryteriów orzeczniczych.

Wprowadzenie ostrych standardów orzeczniczych w ubezpieczeniu komercyjnym [6] spowodowało redukcję osób uprawnionych do świadczenia o 80%. Towarzystwo zrezygnowało z ubezpieczenia tego typu z powodu nieatrakcyjności dla klientów. Standardy te były nieproporcjonalnie surowe (spełnienie równocześnie 3 na 5 wyszczególnionych kryteriów de facto niezdolności do samodzielnej egzystencji). Wskazuje to na potrzebę formułowania akceptowalnych społecznie norm.

Standardy potrzebne są do:

- Ułatwienia decyzji orzeczniczych i uzasadniania orzeczeń
- Ujednoczenia kryteriów orzekania w instytucjach ubezpieczenia i zabezpieczenia
- Stosowania tych samych kryteriów przez lekarzy orzeczników i biegłych lekarzy sądowych
- Monitorowania celowości i skuteczności norm prawnych, regulujących kryteria orzecznicze
- Odzyskania zaufania społecznego przez instytucje ubezpieczenia i zabezpieczenia społecznego.

Przegląd metod klinimetrycznych

Klinimetria jest dziedziną wiedzy medycznej, zajmującą się opracowywaniem i stosowaniem metod umożliwiających pomiar zjawisk klinicznych u chorych. Stosowane dotychczas skale można generalnie podzielić na 3 zasadnicze grupy:

1. Skale uszkodzeń
2. Skale oceny jakości życia (quality of life).
3. Skale funkcjonalne.

Do skal uszkodzeń należą: Glasgow Coma Scale, Mathew Scale, NIH Stroke Scale, Scandinavian Stroke Scale, Unified Parkinson's Disease Rating Scale, International Cooperative Ataxia Rating Scale, Rating Scale for Dystonia, Unified Wilson's Disease Rating Scale. Służą one w szczególności ocenie uszkodzeń, szczególnie chętnie są stosowane w neurologii, stanowiąc narzędzie obserwacyjne i rokownicze. Niektóre z nich, zwłaszcza Skala w chorobie Wilsona, są silnie rozbudowane, inne (Glasgow Coma Scale) krótkie, opisujące jedynie objawy wiodące.

Skale jakości życia to m. in. Health Related Quality of Life Index, Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Study, Nottingham Health Profile. Służą w szerokim zakresie kontroli metod

leczenia, zwłaszcza odpowiadają na pytania, czy efekty leczenia poprawiają jakość życia chorych, jaka jest korelacja pomiędzy nakładami finansowymi a efektami leczenia. Stosowane są głównie przez organizacje finansujące leczenie i przez firmy farmaceutyczne.

Skale funkcjonalne opracowane zostały głównie w celu planowania i wyceny czynności pielęgnacyjnych i praktycznie nie służą do diagnostyki. Należy tu w szczególności 10-punktowa Skala Dorothei Barthel, stosowana do oceny zapotrzebowania na pomoc osób drugich. 30 stopniowy Functional Independent Measure (FIM) jest dobrym narzędziem do oceny funkcjonowania chorego w otoczeniu, zwłaszcza chorego neurologicznego lub ortopedycznego. Skala ta zawiera elementy funkcjonowania psychicznego, czego zdecydowanie brakuje opartemu na FIM Wskaźnikowi Funkcjonalnemu Repty. Skale te oceniają globalne funkcjonowanie, w tym potrzebę pomocy przez inne osoby. Istotną cechą tych obu skal jest system sumowania punktów – im wyższa punktacja – tym większa niezależność osoby badanej.

Wydaje się, że nadszedł czas opracowania skali dla potrzeb orzecznich.

Skala orzecznicza niezdolności do samodzielnej egzystencji

Orzecznika i osobę ubiegającą się o orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji nie interesuje ani czas, jaki miałyby poświęcić na opiekę i pomoc osoba druga, ani wycena kosztów takiej opieki, ani zaburzenia funkcji narządów, ani ciężkość czy też nieuleczalność choroby, lecz wyłącznie fakt występowania lub nie występowania możliwości osobistego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych przez wnioskodawcę.

Opracowana przeze mnie skala oparta jest na dodatnim punktowaniu objawów niesamodzielności, przy czym każdy z tych objawów niesamodzielności, które są wystarczające do orzeczenia tego stanu – jest punktowany tak, by nawet jeden wiodący objaw powodował trafne orzeczenie. 100 punktów jest limitem uznania osoby za niezdolną do samodzielnej egzystencji, większa liczba punktów nie daje nic ponad to orzeczenie.

11-modułowa skala zawiera oceny motoryki i lokomocji w pomieszczeniu, spożywania posiłków, zachowania higieny ciała, ubierania i rozbiegania się, kontroli opróżniania pęcherza moczowego i jelita, napędu i aktywności oraz zaburzeń świadomości bez względu na ich genezę. W kwestionariuszu nie zawarłem badania zdolności poruszania się po schodach ani wychodzenia z miesz-

kania i wracania doń, gdyż umiejętności te nie są zgodnie uznawane jako kryterium niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Każdy moduł oceniany jest w 4-stopniowej skali, wystarczająco prostej i dostatecznie rozbudowanej, jak wykazała to praktyka (np. klasyfikacja CCS, NYHA). Punkty uzyskane w każdym z 11 modułów można sumować.

Jak wcześniej wspomniałem złożone, wieloprzyczynowe zaburzenia funkcji ustroju mogą powodować addycyjne, a nawet hiperaddycyjne efekty. Dlatego oprócz funkcji sumowania punktów za poszczególne dysfunkcje wyróżniłem dwie istotne grupy zaburzeń funkcji, mianowicie zaburzenia krążenia i oddychania oraz obniżenie intelektu, które służą jako mnożniki pozostałych, sumujących się dysfunkcji, przy czym zaburzenia manifestujące się obniżeniem wydolności fizycznej podzieliłem na 4 grupy o różnych wartościach mnożników, a zaburzenia funkcji umysłowych na 3 grupy, gdyż najcięższe upośledzenia umysłowe wyczerpywały kryteria modułu jedenastego. Uczyniłem tak, by urealnić globalne zaburzenia funkcji o trudno uchwytnie elementy tzw. ogólnego stanu zdrowia, mające niewątpliwie wpływ na dostosowanie funkcji samoobsługi do upośledzeń.

W gabinecie orzecznika lub podczas wizyty domowej można większość z modułów ocenić zarówno na podstawie badania podmiotowego jak i przedmiotowego, możliwe jest również uzupełnienie wywiadu przez osoby opiekujące się badanym. W kwestionariuszu skali orzecznicznej nie zawarłem podziału na samoocenę badanego, ocenę opiekunów i ocenę orzecznika, bo w moim przekonaniu to orzecznik musi dokonać oceny wiarygodności wywiadów w konfrontacji ze stanem klinicznym i funkcjonalnym.

Po 100 punktów otrzymuje się za: brak możliwości zmiany pozycji, brak możliwości przemieszczania się z łóżka na wózek, brak możliwości chodzenia, całkowite zagubienie w rzeczywistości (urojenia, głębokie zaburzenia poznawcze i podobne stany) lub całkowity brak napędu i aktywności. Dla przykładu osoba, która zmienia pozycję w łóżku przy pomocy np. drabinki, tak samo wstaje, chodzi przy sprzętach lub o 2 laskach łokciowych uzyskuje co najmniej 120 punktów (3 x 40). Podobnie osoba, która wymaga pomocy przy spożywaniu posiłków (niemożność krojenia i smarowania) oraz przy utrzymywaniu higieny ciała uzyska minimalną, niezbędną ilość punktów (40+60). Osoba, która porusza się o 2 laskach lub na wózku, wymaga stosowania poręczy w łazience i ubiera się trikowo (40+20+20 punktów) nie uzyska limitu punktów, jeżeli jednak jest niewy-

Skala orzecznicza niezdolności do samodzielnej egzystencji

Lp. Zaburzona czynność	Punktacja	Ocena
1. Zmiana pozycji:		
a. wyłącznie leżąca lub wyłącznie siedząca (brak możliwości zmiany bez pomocy innej osoby)	100	
b. z pomocą innej osoby wielokrotnie w ciągu doby	80	
c. z pomocą techniczną (drabinka, lejce itp.)	40	
d. samodzielna	0	
2. Przemieszczanie się (z łóżka na wózek leżący, siedzący itp.):		
a. bierne (przenoszenie przez 1-2 osoby)	100	
b. z pomocą innej osoby w większości przypadków	80	
c. samodzielne z pomocą techniczną (drabinka, sprzęty)	40	
d. samodzielna	0	
3. Poruszanie się po mieszkaniu:		
a. brak bez pomocy innych osób	100	
b. z pomocą innej osoby w większości przypadków	80	
c. o 2 łaskach łokciowych, przy sprzętach, na wózku	40	
d. samodzielne lub o 1 lasce ponad 20 m	0	
4. Spożywanie posiłków:		
a. odżywianie sztuczne	80	
b. karmienie i pojenie doustne	60	
c. konieczna pomoc przy krojeniu, smarowaniu	40	
d. samodzielne	0	
5. Utrzymywanie higieny osobistej		
a. wyłącznie przez inną osobę	80	
b. z pomocą 1 osoby (asekuracja, przygotowanie sprzętów np. miski z wodą, namydlenie gąbki, spłukanie włosów, ciała)	60	
c. samodzielne z pomocą techniczną (podnośnik, poręczce)	20	
d. samodzielne	0	
6. Ubieranie i rozbieranie się		
a. brak	80	
b. z pomocą 1 osoby	60	
c. z pomocą techniczną (np. szczypce) lub trikowe	20	
d. samodzielne	0	
7. Oddawanie stolca:		
a. bezwiedne	80	
b. często (ponad 1x dziennie i nieregularnie) naglące	60	
c. czasami popuszcza	40	
d. pełna kontrola	0	
8. Oddawanie moczu:		
a. bezwiedne lub przewlekłe cewnikowany, o ile niezdolny do obsługi cewnika i worka na mocz	80	
b. przewlekłe cewnikowany – zdolny do w/w obsługi	50	
c. czasami popuszcza	30	
d. pełna kontrola	0	
9. Korzystanie z toalety:		
a. brak	80	
b. z pomocą 1 osoby	60	
c. z pomocą techniczną (poręczce, podjazd wózka)	40	
d. samodzielny	0	
10. Napęd i aktywność:		
a. brak (stupor, katalepsja), konieczna mobilizacja przy każdej czynności	100	
b. wymaga mobilizacji przy złożonych czynnościach	80	
c. znaczne spowolnienie	40	
d. zwykła aktywność	0	
11. Ilościowe lub jakościowe zaburzenia świadomości		
a. całkowite zagubienie	100	
b. okresowe zaburzenia kontaktu logiczno-słownego	80	
c. niewielka dezorientacja w rzeczywistości	40	
d. pełna orientacja	0	

Ogółem

A. Niewydolność krążenia, niewydolność oddechowa, choroba wieńcowa o nasileniu objawów odpowiadających klasom w klasyfikacji NYHA lub CCS dają mnożnik

- IV klasa x 2
- III klasa x 1,5
- II klasa x 1,2
- I klasa x 1,1

B. Upośledzenie umysłowe (otępienie bez względu na przyczynę) dają mnożnik (upośledzenie umysłowe znaczne i głębokie mieszczą się w pkt. 11 a)

- Umiarkowane x 2
- Lekkie x 1,5
- Ociężałość umysłowa x 1,1

Ocena globalna: _____

dolna oddechowio lub krążeniowo co najmniej w III klasie NYHA uzyskuje ponad 100 punktów $\{(40+20+20) \times 1,5 = 120\}$.

Przy ocenie skalą orzeczniczą konieczne jest równoległe stosowanie klasyfikacji ICD z uwagi na dyspozycję przepisu art.13. ustawy o FUS, nakładającego obowiązek rokowniczy na lekarzy orzeczników, a jak do tej pory najlepszym sposobem rokowania jest powołanie się na typowy przebieg konkretnej choroby.

Przedstawiona skala wymaga dalszego testowania najlepiej w warunkach Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych i Domów Pomocy Społecznej w celu sprawdzenia precyzji przyłożonych wag punktowych, jednak już teraz może służyć do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji z zastrzeżeniem opisywania w poszczególnych wątpliwych przypadkach odstępstw orzeczeń od uzyskanej punktacji.

Podsumowanie

1. Prawidłowe orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga jasnego i skutecznego pod względem prawnym określenia kryteriów stanowiących o tej niezdolności
2. Wprowadzenie standaryzacji orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji spowoduje:
 - a) ułatwienie podejmowania decyzji orzecznicych i uzasadniania orzeczeń,

- b) ujednoczenie kryteriów orzekania w instytucjach ubezpieczeniowych i zabezpieczenia społecznego,
 - c) stosowanie tych samych kryteriów przez lekarzy orzekających i opiniujących dla sądów a także monitorowanie celowości, skuteczności i poprawności przyjętych standardów orzecznicych zgodnych z normami prawnymi, które również może wskazać na potrzebę zmiany tych norm,
 - e) odzyskanie zaufania społecznego przez instytucje ubezpieczenia i zabezpieczenia społecznego i lekarzy dla nich orzekających lub opiniujących.
3. Dotychczas stosowane metody klinimetryczne nie spełniają wymogów indeksów (skal) dla potrzeb orzecznictwa lekarskiego.
 4. Skala orzecznicza do orzekania o niezdolności do samodzielnej egzystencji musi być łatwa w stosowaniu, przejrzysta i racjonalna pod względem nakładu czasu i pracy, zawierać musi jednoznaczne i powszechnie zrozumiałe określenia stanów, które stanowią kryteria bezradności, w rozsądny sposób oceniać kumulację różnych dysfunkcji organizmu.
 5. Przedstawiona przez autora metoda jest już zdalna do aplikacji z zastrzeżeniem możliwości odstępstw w skomplikowanych przypadkach, wymaga jednak dalszej walidacji w warunkach instytucji opiekuńczych i orzecznicych.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dn.17.grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dz.U z 1998r. nr 162 poz.1118.
2. Ciszewska D. Charakter prawny dodatku pielęgnacyjnego. Praca i zabezpieczenie społeczne. 2004,10: 30-343.
3. Wytyczne związków nadrzędnych kas pielęgnacyjnych w sprawie wydawania opinii w zakresie potrzeby opieki zgodnie z XI Księgą Kodeksu Socjalnego. Medyczna służba związków nadrzędnych kas chorych stow. zarej. (MDS), Essen:70.
4. Wilmonska-Pietruszyńska A. Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy i studentów wydziałów lekarskich i lekarsko-stomatologicznych. Urban&Partner. Wrocław 2001.
5. Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu orzecznictwa lekarskiego ZUS dla celów rentowych oraz systemu orzekania o niepełnosprawności. Warszawa. Najwyższa Izba Kontroli. Lipiec 2005.
6. Kapuza M, Czernecki M. Próba wprowadzenia kryteriów niezdolności do pracy w warunkach ubezpieczenia komercyjnego. Orzecznictwo Lekarskie 2007, 4(2): 93-96.